

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI PERSONALE MEDICO PER ATTRIBUZIONE INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALIZZATI/ INTRATTAMENTO DI QUIESCENZA SPECIALIZZANDI CODICE DI RIFERIMENTO DA INDICARE NELLA DOMANDA: **LPMEDV26**

Ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con modifiche dalla Legge 24 aprile 2020 n. 27 del 24/04/2020 e ss.mm.ii, questa Azienda emette il presente avviso pubblico volto a raccogliere manifestazioni di interesse delle seguenti figure professionali:

- MEDICO DI PSICHIATRIA
- MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- MEDICO DI MEDICINA INTERNA
- MEDICO D'EMERGENZA URGENZA
- MEDICO DI ANATOMIA PATOLOGICA
- MEDICO DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
- MEDICO DI PEDIATRIA
- MEDICO DI OFTALMOLOGIA
- MEDICO DI OTORINOLARINGOIATRIA
- MEDICO DI PATOLOGIA CLINICA
- MEDICO DI RADIODIAGNOSTICA
- MEDICO DI MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- MEDICO DI MEDICINA DEL LAVORO
- MEDICO DI GASTROENTEROLOGIA
- MEDICO DI CARDIOLOGIA
- MEDICO DI GERIATRIA
- MEDICO DI NEFROLOGIA
- MEDICO DI NEUROCHIRURGIA
- MEDICO DI MALATTIE INFETTIVE
- MEDICO DI NEUROLOGIA
- MEDICO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- MEDICO DI ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
- MEDICO DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- MEDICO DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE
- MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
- MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT
- MEDICO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- MEDICO DI MEDICINA E CURE PALLIATIVE
- MEDICO DI ONCOLOGIA MEDICA
- MEDICO DI MEDICINA LEGALE
- MEDICO DI REUMATOLOGIA
- MEDICO DI CHIRURGIA GENERALE
- MEDICO DI FISICA SANITARIA
- MEDICO DI FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
- MEDICO DI ALLERGOLOGIA
- MEDICO DI MEDICINA TRASFUSIONALE
- MEDICO DI VIROLOGIA E MICROBIOLOGIA
- MEDICO DI MEDICINA NUCLEARE
- MEDICO DI EMATOLOGIA

- ✓ **DURATA:** mesi SEI o DODICI se medico specializzato o mesi SEI se specializzando o in trattamento di quiescenza, salvo proroghe previste per legge

- ✓ **IMPEGNO ORARIO: MAX 38 ore settimanali** da assegnare nelle dodici Aree Geografiche: Lunigiana – Apuane – Valle del Serchio – Piana di Lucca – Versilia – Pisana – Valdera -Alta Val di Cecina - Livornese – Bassa Val di Cecina - Val di Cornia – Elba;
- ✓ **COMPENSO LORDO ONNICOMPRESIVO: 35 € l'ora per medici specializzati/ in trattamento di quiescenza, 26 € l'ora per medici specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione; con maggiorazione per sede disagiata (isole, comunità montane, carceri o residenze per esecuzioni di misure di sicurezza) 39 € l'ora per medici specializzati/ in trattamento di quiescenza e 30 € l'ora per medici specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione;**

Requisiti richiesti:

Laurea in medicina e chirurgia con specializzazione nelle discipline sopra riportate ovvero in una delle discipline riconosciute equipollenti o affini ai sensi del D.M. 30/01/1998 e loro ss.mm.ii e iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi

In caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo il professionista dovrà:

- aprire partita IVA;
- stipulare polizza assicurativa per gli infortuni e le malattie professionali;
- stipulare polizza per la responsabilità civile verso terzi per la copertura della colpa grave.

Per la **COPERTURA ASSICURATIVA**, vista la natura dell'incarico l'Azienda USL Toscana Nord Ovest è esonerata da qualsiasi responsabilità e pertanto non risponde di eventuali danni arrecati a terzi a seguito dell'attività svolta, né di infortuni e malattie professionali del professionista stesso, per i quali il professionista è obbligato a stipulare, con oneri e responsabilità a totale suo carico, le seguenti **polizze assicurative**:

- **polizza assicurativa per gli infortuni e le malattie professionali**, con il massimale minimo pari a € 250.000/00= per morte e € 250.000/00= per infortunio e malattia professionale, valida per tutta la durata del contratto libero professionale;
- **polizza per la responsabilità per la copertura della colpa grave**, ai sensi del 3° comma dell'art. 10 della predetta legge. Il professionista si impegnerà a garantire la continuità della copertura assicurativa per l'attività prestata presso l'ATNO per 10 anni successivi alla cessazione dell'incarico;
- in entrambe le polizze deve essere specificato che si tratta di svolgimento di attività libero professionale presso questa Azienda.

Al momento della sottoscrizione del contratto, il professionista dovrà dichiarare, anche ai sensi deò DPR 445/2000, tramite compilazione dell'apposita modulistica, l'avvenuta sottoscrizione delle suddette polizze fornendo gli estremi contrattuali, con l'obbligo di comunicare ogni modifica o variazione che dovesse intervenire rispetto alle suddette coperture assicurative nel corso della durata del contratto.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e **corredata, necessariamente, di curriculum formativo e professionale stampato con inchiostro nero, che dovrà avere dimensioni non superiori a 50 megabyte, anche se compresso, - PENA ESCLUSIONE - redatto su conforme modello europeo, datato e firmato**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest - Via COCCHI, 7/9 - 56121 PISA, **tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – esclusivamente in un unico file formato PDF** – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it.

Alla domanda deve essere altresì allegata - PENA ESCLUSIONE - copia non autenticata di un valido documento di identità.

Inoltre l'Azienda per particolari categorie di professionisti o per personale di difficile reperimento, con apposito atto deliberativo potrà prevedere un compenso a prestazione, a forfait o a tariffa maggiorata.

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice avviso LPMEDV26 nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione in caso di invio della stessa per posta elettronica certificata: l'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente dalla mancata o errata indicazione del codice di riferimento, ovvero da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili all'amministrazione stessa. L'Amministrazione provvederà ad una **valutazione comparativa dei curricula pervenuti (formato europeo) tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, oltre a formazione accademica - attività professionali - attività formative, di studio e aggiornamento - attività didattica - attività scientifica.**

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta potranno essere invitati ad un colloquio individuale di approfondimento. La data dell'eventuale colloquio, nonché l'esito della procedura, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito ufficiale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest nella sezione "bandi e concorsi".

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente. L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

Per eventuali informazioni: Ufficio Assunzioni e Mobilità - U.O.C. Politiche delle Risorse Umane, Assunzioni e Rapporti con Estar – 0583/970778 – 970753 – 970754 – 0585/657773.

Pisa, 08/01/2026

FTO IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Maria Letizia Casani

All'U.O.C Politiche delle Risorse Umane
Assunzioni e Rapporti con Estar

Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
Via Cocchi n. 7/9 - 56121 PISA

Oggetto: domanda di manifestazione di interesse per la formazione di elenchi di personale medico per attribuzione incarichi libero professionali - codice avviso LPMEDV26.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di partecipare alla manifestazione di interesse per la formazione di elenchi di personale medico per attribuzione incarichi libero professionali a medici specializzati o in trattamento di quiescenza, specializzandi al penultimo o ultimo anno delle scuole di specializzazione delle seguenti figure professionali sotto indicate:

- MEDICO DI PSICHIATRIA
- MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- MEDICO DI MEDICINA INTERNA
- MEDICO D'EMERGENZA URGENZA
- MEDICO DI ANATOMIA PATOLOGICA
- MEDICO DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
- MEDICO DI PEDIATRIA
- MEDICO DI OFTALMOLOGIA
- MEDICO DI OTORINOLARINGOIATRIA
- MEDICO DI PATOLOGIA CLINICA
- MEDICO DI RADIODIAGNOSTICA
- MEDICO DI MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- MEDICO DI MEDICINA DEL LAVORO
- MEDICO DI GASTROENTEROLOGIA
- MEDICO DI CARDIOLOGIA
- MEDICO DI GERIATRIA
- MEDICO DI NEFROLOGIA
- MEDICO DI NEUROCHIRURGIA
- MEDICO DI MALATTIE INFETTIVE
- MEDICO DI NEUROLOGIA
- MEDICO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- MEDICO DI ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
- MEDICO DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- MEDICO DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE
- MEDICO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
- MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT
- MEDICO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- MEDICO DI MEDICINA E CURE PALLIATIVE
- MEDICO DI ONCOLOGIA MEDICA
- MEDICO DI MEDICINA LEGALE
- MEDICO DI REUMATOLOGIA
- MEDICO DI CHIRURGIA GENERALE
- MEDICO DI FISICA SANITARIA
- MEDICO DI FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
- MEDICO DI ALLERGOLOGIA
- MEDICO DI MEDICINA TRASFUSIONALE

- MEDICO DI VIROLOGIA E MICROBIOLOGIA
- MEDICO DI MEDICINA NUCLEARE
- MEDICO DI EMATOLOGIA

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____⁽²⁾;
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:
6. aprire partita iva
7. stipulare assicurazione infortuno
8. stipulare assicurazione responsabilità civile
9. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;
10. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;
11. di essere in trattamento di quiescenza dalla data _____;
12. di essere disponibile per orario settimanale indicabile in MAX 38 ore: _____ (indicare disponibilità oraria);
13. di essere disponibile a svolgere l'incarico nei vari ambiti territoriali dell'Azienda indicare eventuale preferenza tra le dodici Aree Geografiche: - Lunigiana – Apuane – Valle del Serchio – Piana di Lucca – Versilia – Pisana – Valdera -Alta Val di Cecina - Livornese – Bassa Val di Cecina - Val di Cornia – Elba : _____
14. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
 - a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____ nell'anno _____, specializzando al penultimo/ultimo anno delle scuole di specializzazione _____ in _____;
 - b) iscrizione all'Ordine Professionale/Albo Professionale della Provincia di _____ al n. _____ dal _____ ;
 - c) documentata esperienza professionale (specificare) _____

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Allega curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e fotocopia di un valido documento di identità.



Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e Nome _____

Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____

e-mail _____

Data _____

_____ firma

Note:

(¹) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(²) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(³) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(⁴) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.